

特別講演

第22回石川看護研究会学術集会

実践的看護研究の進め方

土屋八千代

宮崎大学医学部看護学科

日時 2006年9月3日(日) 場所 石川県地場産業振興センター

皆さん、こんにちは。宮崎から参りました土屋です。金沢は2回目ですが、この地場センターは初めてでしたので迷子になってしまいました。看護研究をするとき迷子になってしまうことが多々あるかと思いますが、そのために何をするのかと考えたとき、研究計画書を書くことだと思いつながらここまで歩いて来ました。

お話によると石川看護研究会は22年の歴史があり、今度実践と名のついた学会になるということですが、このような研究活動を地道に続け、研究の成果を実践に還元していくことが、看護の質向上につながっていくと思います。

私も宮崎の看護協会で、看護研究活動に参画しております。単に看護研究の講義を聞くのみでなく、実際に個別指導・グループ指導を受けて論文を完成させ学会に報告することを目標にしています。そろそろ宮崎県にもこのような実践看護研究会のようなものが必要であろうと思っています。

先ほど看護部長さんから、今日の趣旨をお聞きしました。自分たちのやっている看護研究が、実践につながっているのか、役に立っているのか、それをどのように検証していったらいいのか、それをきちんとしておかないと質の向上にはつながらないのではないかなというお話でしたので、最初に自分たちの研究がケアの改善につながっているかの検証についてお話しします。

皆さんのお手元の資料は2005年日本看護学会看護管理分科会で発表したものです。これは県立病院の教育委員会の委託を受けて看護研究の指導に関わった初年度の成果の一つです。外部から講師を呼んで講義・指導を受けるというシステムができあがっていましたが、これらに関する費用は全

部自分たちの積み立てから出ていました。最初に呼ばれた年に、教育委員長から研究の成果が実践に還元できているか、実践に役に立っているのかを明らかにしてみたいとの申し出があり、一緒にやらせて頂いたものです。10年間、毎年17ユニットが輪番制で3人~4人のグループを組んで研究を行っていますので総数179件となっています。それを、領域別に区分しています。その結果が資料の一覧表です。分類の仕方は色々ありますが、このグループはまずテーマとキーワード別に整理し、分類が難しいものについては研究者で論文を読み解釈が一致する項目に整理しました。その結果、看護過程に関するもの、患者さんの教育・指導に関するもの、サービスに関するもの等に区分されました。

実践への有効性については、それぞれの病棟の看護を担っている主任(副師長さん)に、想起法で調査しています。×印は活用されていないところですが、用具の工夫・開発のところが多いということが見えますね。その理由は費用の問題、つまりお金がかかることです。何かを作るのにはお金がかかりますし、それが実際どれだけ役に立つかという客観的なエビデンスを出してお金を勝ち取るところまでいかない。あるいは、業者に入ってもらって特許を取るとこまではいきません。2004年に一つの病棟が褥瘡予防クッションを廃棄物利用で作成しましたが、非常に効果があったということで、業者と交渉することになりました。そうすれば活用が続けられ、効果的な予防クッションが実践に還元できるのです。しかし、師長が定年で退職してしまうと、それだけの意欲を持って取り組む人がいなくなり、話は立ち消えてしま

ったようです。もったいないと思いますが、やはりこの用具のところがなかなかうまくいきません。後はマニュアルやパス、業務改善に×印がありますが、これはパス委員会や業務改善委員会が後年設置され、その委員会でまとめてするようになったという意味で委譲されていますので、病棟そのものでは活用されていないという判断になったようです。直接患者さんのケアに関するものは○印が多くなっていますので、活用されているようです。但し、活用されているかどうかは聞いていませんから、実際どのように、あるいはもっとどうすれば活用できるかといったところまでは出てきません。最初の段階でしたから指導が不十分だったと思います。

そういう意味では皆さんも自分たちが行っている研究の成果が実際患者さんの看護に還元されて、どれだけの成果を上げているかを5年、10年の経過で見えていかないといけないと思います。実際有用であるというエビデンスが蓄積されたら、看護部長はもとより院長に申し出て研究のための費用をかちとることが必要です。研究活動はお金を勝ち取らないとなかなか継続するのは難しいです。勝ち取れる形にならないと勝ち取れないということです。自分たちも患者さんも満足できただけではお金は勝ち取れません。ああケアが変わったな、患者さんの満足度もアップしたなということが、数値や目に見えるものになっていかなくてはなりません。そのためには研究したことを検証して実績を残し、さらにフォローして積み重ねていく必要があります。

今紹介している施設の指導は今年で4年めになりますが、まだ私への謝金は自分たちの積立から出ています。私はそれではだめだから、病院から頂きなさいと言っています。病院では看護集団がいちばん多いのですから、その質をアップするための活動資金は、自己研鑽の視点からは自腹もOKですが、結果として患者さんの満足度や病院全体の評価につながる活動となるわけですから、早く客観的な形にしていかなければなりません。しかし、3～4年では難しいのかもしれない。もう少し時間をかける必要はありますが、最初から積み重ね実証しエビデンスをためていくという思いがないと、現状は変化しないと思います。

もう一施設、私に関わらせて頂いている関東の施設がありますが、そこも最初は講師謝金は看護部の費用から出ていました。あるとき病院長が院内を巡回しているときに「何か変わったね。看護

師さんが生き生きしているし、笑顔の患者さんが多い。看護の質が上がったということが見える。」と言われたのです。すかさず同行していた看護部長が「当然です」と答え、看護研究の話をしました。院長は「ああそうか、それはいいことだ。続けなさい」。それから謝金は病院から出るようになりました。時間はかかるけれど、そうやって形にしていけばお金は獲得できるのです。例えば文献一つにしても、紙一枚にしても、調査するときにもお金がかかるのです。そういうものまでは看護部が払ってあげられないのですから、研究者が自腹を切ることになります。自腹を切って忙しい現場の中で、「何でこんなことしないといけないの」となると、研究活動は続きません。

看護研究の成果や看護の力を、院内外に周知していくことは大切です。看護がよくなると病院がよくなります。それだけ集団なわけですから。そういうことで、自分たちのやったものをまずは分析してみる必要があります。やったきりになって終わっていないかどうか、続いているなら、それをまた次の研究で改善していく。1回やって終わりではなく、その後も研究は続いていくということです。

今、研究活動のエビデンスをためていきましようと言いましたが、研究活動にはいろいろな問題が伴います。私も最初のころは3交代勤務で走り回っている臨床のナースでした。ずいぶん昔ですが院内研究をやっていました。輪番制で回ってきて、いやと思いつながら（それでも私はけっこう好きだったのかもしれない）やりました。でもそのときに、ほとんどの人はいやだと言っていました。だからといって、一人でできることではないし、みんなの協力がないとできませんね。だから今回の資料にも臨床の看護師は「看護研究の必要性は自覚されている？」で「？」をつけています。私どもの調査では実践の人のほとんどは看護研究の必要性を自覚していると回答していました。でも本当にそうなのでしょう。私の場合、輪番で回ってくるので仕方がない、でもやるならしっかりやろうと思っていたようです。しかし、研究者間での意見の食い違いとか、時間の調整とか、何かやろうとしても自腹ですし、そういう意味では何のために研究しているのか、本当はわかっていたかと思えます。そのために、やって終わりという中で、やらされていたような気がします。

現在は看護研究の発表の場がたくさんありますし、殆どの施設で研究はしなければならない状態

になっています。看護研究に関する講演なども多数開催されていますし、看護基礎教育機関でも、多分卒業研究をさせていますから、看護研究の意味や実践への還元への必要性は認識されています。調査でもそうだったように、頭では分かっているのです。でも、なかなか進められていないのは何故でしょうか。例えば、学会の抄録を見ている、毎年同じテーマがあり、結果も殆ど同じというものがたくさん出ています。これって何故なのかなと考えると、先行研究があまり役に立っていない、多分身近なテーマで自分のところだけのものを1回やって、研究は終わる、次の年は研究者が変わって違うテーマをまた1回やって終わりとなっていることが多いのではないかと思います。このような場合、研究の意義があるのかと疑問が生じます。これは文献検索が十分ではないし、看護研究というものを分かっているだけでも、本当は分かっているのではないかなと、との思いを持ちたりもします。ただ、同じようなテーマでも、中にも新しい知見のある発表もあります。それはそれなりに意味があるのだらうと思いますが、もう少し研究的なプロセスをきちんと踏んでいけばもっといいものになると思うこともたくさんあります。

看護大学の先生が指導或いは共同研究者になっている場合の研究発表は、プロセスがしっかりしていると感じます。一方、実践の方達だけの研究を見ていると、これはどうやってデータを取ったのか、どう分析したのか、この統計はどういう意味なのか、等分からないものが結構あります。それではやはり研究のレベルが高まらないだらうと思います。そういう意味では、この学術集会は大学の先生や現場の人たちが一緒になって立ち上げてきた研究会ですから、看護の質向上につながるよい研究が収録されていると思いますので、期待しています。

研究活動に伴う問題点については講演資料にお示ししました。まずは個々の研究者自身の問題があります。基礎的な知識がやはり不足しているので、テーマの絞り方、看護と研究の違い、文献をどう集めどう読んでいくか、その中で自分の研究をどのように位置づけていくかが不確かなものとなっています。また、質的研究にしても量的研究にしても実験研究にしても、それぞれの手法がきちんとありますが、特にデータ分析の方法が不確かになってはいないでしょうか。例えば、量的な

研究に取り組み、統計を活用しようとするときに統計が分からない場合が多いようです。統計ソフトはデータを入力して統計処理を指示すれば解析結果は数値として出てきます。それをそのまま使ってしまうのではなく、統計の分かっている方の指導を受けられれば、確かな統計処理になると思います。次に研究メンバーの問題ですね。3交代しているスタッフが時間を調整して、一定の時間に集まるということはなかなか難しいことです。また誰が研究チームの中心になるのか、研究の分担はどうするのか、等も昔からある問題です。次は身近に指導者がいないので研究が進まないという問題があります。そこで師長さんに聞くけれどもよいコメントをもらえないことが多いようです。自分たちで話し合うけれども、なかなか先が見えてこない。身近に指導者がいないということは、現場の実践的な研究活動を推進していくときの大きなネックになっています。ここにいらっしゃる方は指導者になって欲しいと思います。支援体制を含めてどのように指導者を育成するかは後で説明します。文献が少ないという問題に関しては、金沢にも看護系の大学や看護協会がありますので、探せば文献は収集できると思います。また、病院にはパソコンは常設していますので、インターネットを活用することもできます。看護学会には多数の分科会がありますが、各分科会の論文集は実践的看護研究の文献としてはかなり有効だと思えますので、是非看護部でそろえてほしいですね。

ここで一つ注意すべきこととして、先ほど研究の必要性は自覚されていると述べましたが、その自覚・認識には、スタッフと指導者・管理者にはかなりのずれがあるということです。管理者・指導者の認識は高く、研究はできている。だけど自分では研究をやっていない方が多いです。スタッフの認識は管理者に比べるとかなり低いし、基礎的知識の不足を実感しており、研究はやらされる感覚にある。そういったところでのやらねばならないということと、やる必要があるということはやはり違うわけですね。そういう認識のずれがあることを管理者は理解して、スタッフの認識まで降りてこないといけないのではないかと思います。また、研究成果の承認不足の問題があります。努力しているのはスタッフです。そして年度末に院内発表をします。そのときに講評してくださるのは大体、師長さんや管理職の方、あるいは看護部長かもしれません。その講評の仕方は褒めるか、けなすかではだめだということです。

けなすのは失礼ですし、褒めるだけでも研究の発展には役に立ちません。スタッフが「また研究したい」と思えるような講評が必要です。

以上、研究活動を推進していくにはいろいろな問題がありますが、現時点では現場のスタッフはしぶしぶやらされているという感覚でやっています。これは講演資料の文献4)に今説明したことが数字で示されています。看護研究は「必要とって取り組んでいきたい」と師長は8割以上がそう答えています。スタッフは2割以下ですね。「必要と思うが、研究は専門家が行えばいい」という人はさすがにいませんので、研究は自分たちがしなければいけないということは自覚しているということです。でも、スタッフは「必要と思うが、取り組みに積極的になれない」のです。スタッフは研究は必要と思ひ、取り組んでいるけれども、これは輪番制ですから仕方なく、かつ負担が非常に大きいと感じています。師長さんの場合は、自分たちは実際やっていないから、この数字を見ても分かるように「必要だから取り組んでいきたい。」と回答しています。では、スタッフの負担が大きいことや積極的になれないと言っていることに対して、どう支援していくかということが大事になりますね。

私が推奨しているのは、追加資料に示している表2の「実践的研究の推進体制」です。先ほど身近な指導者を作りましょうと言いましたが、私が指導を依頼された時にはこのような体制をつくることから始めます。この体制を作らないといつまでも外部の講師に依存することになります。それではその施設で看護研究は根づきにくいということになりますので、この基盤条件づくりと推進条件の整備が必要ですと説明しています。基盤条件づくりとは要は指導者の育成です。そのためには、研究の意義、研究を理論的に理解すること、実践的に進めていく遂行能力を高めること、これらは実際に研究をやっているスタッフから指導すべき立場にある師長までを含めて、まずしっかり押さえておかねばならないでしょう。

さて、研究の意義は分かっている、研究の進め方も研究のプロセスもまあ分かっているとして、それを実際にどのように遂行していくかがポイントです。これは実際に研究活動をやってみなければ身につけません。看護研究の意義や研究のプロセス等は講義を聞いたり、本を読んだりすることで十分理解はできると思いますが研究の遂行能力は別です。今指導者である師長さんたちのスタッ

フ時代は、現在とは違いますからそんなに看護研究はしていませんでした。だからやっていない人が多いのは当然です。研究はやっていないけど、師長になって指導者になっていく。そして、スタッフには研究をして下さいと言います。でも自分に実践がなく頭だけの理解では、どこでスタッフがつまずくか、どうアドバイスしたらいいのか、どう示唆したらいいのかかわからないと思います。これは看護実践と同じだと思います。だからこそ師長さんどうぞ研究をおやり下さい。そうしたらスタッフへの的確な指導が可能となります。そうすればスタッフが次にステップアップできるような講評もできるし、研究指導をいつまでも外部講師に依存しなくてもよくなります。

私は講師を依頼された場合は、まず3年くらいの計画で講義・指導をしますが、指導の場に教育委員が参加して指導方法を学んでほしいと依頼します。それを2年、3年と継続すると教育委員が指導のポイントを体得していきます。本当は自分で実際研究をやりたいけれど、やらなくてもポイントが分かってくる。そして指導者が育成されていきます。私が指導に関わらせて頂いている関東の施設では指導者は育成できています。彼等が研究計画書を見て指導し、その後に私の手元に届くようになりました。また、病棟単位で行うスタッフの講評も、講評の基本形をふまえて的を得た立派なものになっています。

もう一つは推進条件の整備と支援体制づくりです。これは管理職の方々の責務でもあります。まず研究活動の時間の確保です。3交代ですから研究の集まりは日勤の人ばかりではありません。メンバーの中には休みの人もいるでしょう。いつも全部のメンバーが集まらなくてもいいように役割を分担することや、可能であれば勤務時間帯に研究のための時間を確保してあげることも必要です。毎回ではなくていいのです。要するに研究は業務です。研究を業務命令的にさせられているけれども、活動は時間外でさせている。最終的に主体的に取り組めるようになるまでは、時間の確保・調整をある程度支援する等の配慮が必要です。次にチームでの支援体制で、看護のチームメンバーがいかに研究メンバーを支援するかです。「今時間使って文献探しに行っているよ」とか、「その分私しとくわよ」くらいの配慮をする。次の年は自分がそういう配慮を受ける。そのような組織文化を病棟の中で培っていかないと、「研究ということで大きい顔して出ていくわね」などと言われる

と、研究者は萎縮してできなくなります。次に文献ですが、病院で整備していくことも必要です。先ほど説明した看護学会の各分科会の論文集を看護部の費用で購入することはできるでしょう。それを看護部長室の隣くらいに図書室を設置して整備していくとよろしいでしょう。またいろいろな看護系の雑誌が出ています。それを各病棟で違う雑誌をそろえる。自分たちの病棟費で、購入し、各病棟間で貸し借りする。私たちは自腹を切ったものを買ってそれを使うことが必要です。それが自己投資することだと思います。

最後のポイントは講評ですね。発表のときにはまずは褒める→次に要求する→そして示唆する、ことが大事です。褒めるということは、やはり勤務しながらこれだけのものを仕上げるということは、それがどういう結果であろうと大変な作業なわけですから、まずそれは褒めて下さい。褒め方もいろいろですが、研究の意義を持って褒めないといけません。次に要求しますが、要求は研究としての価値や理論的背景、実践への還元について確認し、不足や考え方の違いなどについて修正や再吟味を求めることですから、講評者自身が論文をしっかり読めないといけません。示唆するとは、要求したことに対して修正や次の研究へ生かせるように、理論や文献を紹介し、自分ならこのように考える、等の方向性を示すものです。研究者が考えられるようにいろいろなアイデアを提供することによって、研究者がまたこの課題で研究をやってみたいと思えるような講評をして下さい。前述の施設では研究グループが講師から指導を受けるとき、講評担当の病棟も来て一緒に受けています。そして研究やそのプロセスを知っておいて結果を見ているので、すばらしい講評になっています。通常、講評は師長さんや指導者の方が講評になるかもしれませんが、それよりも今年研究活動をしなかった病棟などが講評するとよいと思います。発表の時には担当病棟で話し合ったものを代表者が講評してくれます。講評するということは、研究活動ができて論文が書けないとなかなか難しいものですが、講評することで研究活動の疑似体験ができています。つまり、講評病棟が受ける研究指導を同席して受けて、そのプロセスと成果を見てきていますので、ある意味研究したことと一緒になるわけです。

講評の仕方・ポイントについては私の講義や発表時の講評から、教育委員会で項目を検討しており、講評者はそれに従って実施します。このよう

な流れの中で指導者が育成されてきます。これが大事ではないかなと思います。

ただ今、意欲を高める講評の仕方を説明しましたが、基本的には講評は教育的な配慮が不可欠です。講評とは、研究として価値があるかどうかを説明や理由を加えながら、指導、教育的な立場から論じることです。これは物事を肯定的にとらえることから始まります。データ収集の仕方や分析方法がわからないと思っても、何ヶ月もがんばった成果ですから、この部分をこのようにしたら等の質向上につながるような肯定的なとらえ方を示してあげて下さい。褒めるだけ、けなすだけは肯定的なとらえ方ではないということになります。「研究としての価値」は、よく調べて、よく考えて、真理が究められているかどうか。これが研究的な価値があるかどうかということです。つまり、文献検索を含めてよく調べているか。文献検索ですね。よく考えているか。つまり考察です。結果として、真理が究められているか。真理と言ってもなかなか難しい。普遍的、一般的な結果が出ているかどうか。意味のあるものが出ているかどうか。これが研究としての価値といわれています。「説明や理由を加えながら」というのは、この理論や考え方が記述されているかどうかをきちんと見て、講評者も理論や考え方を理解して理論的にコメントすることです。つまり根拠を示しながら、褒めるなら褒める、けなすならけなすだったら、それは非常にいい肯定的なとらえ方になります。何がどのように不足なのか、どこがなぜだめなのか、足りないのかを指摘し、それをどのようにすればいいのかを示唆して導いていく、これが講評ですね。

講評をする時に大切なことは研究者のレベルに応じたものであることです。例えば、学生さんの卒業研究の場合、初めて研究に取り組んだ人、何度も取り組んでいる人、それぞれのレベルに応じた講評が必要です。次に何を講評するかですが、看護の視点で研究されたかどうか、これがいちばん大事です。研究課題は看護が対象としている人間とその生活を看る、援助するという視点からの問題提起であるかどうかです。この点、実践者の方々がやっている研究は実践の中から出てきたテーマになっていますのでよろしいです。学生の卒業研究等は看護以外の教員も関わる場合がありますから、「？」をつけたくなるようなテーマも時にはあります。

次は実践的看護研究に取り組むことについてのお話をします。看護研究のプロセスは皆さん周知のことでしたので省きます。課題をどのように絞っていくか、何を明らかにしたいのかといった研究の目的を明確にしていけないといけません。そのためには文献検索を十分に行わなければなりません。研究の手法によっては概念枠組みも構築する必要があります。質的研究は仮説もないし概念枠組みも要らないと言われることもあります。看護の実践の場で患者さんや自分たちの問題として取り上げるテーマで、学説や理論がないというものは多分ないと思われまます。誰も行ったことのないようなオリジナルな研究テーマに取り組むことは通常はないでしょう。今までの研究では類似のテーマが多くなっています。しかし、研究の対象や場が異なり、研究者も違うということで、結果も若干異なるけれども別にオリジナリティがあるわけではない。オリジナリティがあまりないということは、研究の枠組は構築できるわけですね。自分がどういう研究デザインを選択するかによって、研究の枠組みをどのようにとらえていくかを考えます。

次に研究の方法どう選択するかについてですが、私は実験研究、調査研究、事例研究という手法による区分に馴染んできました。しかし、研究デザインとは、研究者が取り上げた研究課題や仮説に答えを導き出す方法で、対象、データ収集・分析の方法等を含めています。例えば看護実践の場ではドナ・ディナによる問いの種類による区分が活用されています。①これは何であるか（因子探索）、②何が起きているのか（関係探索）、③関係があるのだろうか（関連検証）、④原因となっているのだろうか（因果関係検証）です。自分が何を求めて研究するのかという目的によって選択する必要があります。そして、実際のデータとして何をどこからどのように集めるのか、調査するのか、実験するのか、事例分析なのかです。仮に調査にしても、測定尺度は自作なのか、既存尺度の利用なのか、そういうことを含めて研究のデザインや方法を決定していきます。

因子探索とは、その看護事象がどのようなものかまだわかっていないために、先行研究も少なく理論や学説もない場合に行います。事例研究はここに位置づけられていますので、事例の示す反応を丹念に記述して質的に分析していくことが必要です。関係探索は、これは何であるかは判明していますが、「それがどのような状況で起きている

のか」がわかっていない場合に行います。関連検証は、その看護現象について何が起きているか、どのような因子が関連しているのかが予測可能な時に、その予測を検証する場合に行います。この場合要素Aと要素Bの関係を検証したい場合はその相関関係を検証（関連検証）、要素Aをすれば要素Bが起こるのではないかと考えればその因果関係の検証（因果関係）を行います。例を示します。看護介入としてアロマで入眠効果を得ようとした研究があります。就寝前にアロマセラピーをすることによって眠剤を使用しないで就寝できるという仮説があるわけです。この場合、アロマと入眠という関係だけを明らかにしたいわけですが、効果を見るには比較対照が必要です。アロマセラピーを受ける人と受けない人とではそこにかかわる看護の量が変わってくることになります。看護師さんがアロマの準備をして関わると、アロマの効果ではなく看護介入の効果になってしまいます。この場合看護が外生変数（主たる仮説に影響を及ぼす変数）とならないためにはアロマセラピーを導入する患者さんには事前に練習していただいて、研究期間はセルフケアでやって頂かなくてははいけません。そうすればアロマと就寝の関係が見られます。これは準実験的研究になります。実験研究は人間相手にはできませんので、実験研究の三つの条件の一つか二つをはずして、介入だけの効果を見ます。

研究で大事なことは研究はその人の生き方の反映であるということです。問題意識を持ったり、研究課題を絞っていったり、どのような結果を求めようとするかは、その人の生き方を反映していると言われていています。つまり、本音を見つめることが大切だといわれています。なぜこの研究をしたいのか、なぜこれを研究目的にするのかは自分の本当の動機（本音）がないと、研究は長続きしません。研究課題は自分のやりたいこと、自分の関心で深めていかないといけませんし、これが継続の鍵ともなりバイアスともなります。仮に輪番で研究の当番になってもテーマは自分たちで選べるわけですから、本音で選んでいただきたい。これをするだけで、多分自分たちの業務が楽になるはずだと思えば、業務改善に向かう何かをやればいいし、これを明らかにしてこの事例を分析して、うまくいった例や失敗した例を分析することで、現場の事例に有効な何かが出てくるはずだということであれば、それをやればいいのです。要は研究を本音で行って欲しいと思います。

問題の焦点化，目的の明確化，研究枠組の構築，研究デザインの選定ができれば研究計画書を書きます。実際に指導にかかわる場合は，計画書を事前に書いていただいて，それを基にして個別指導に入ることにしています。計画を書いたら，後は実践して結果をまとめて解釈して論文を書くという形になりますね。

先ほど看護研究を業務改善や単なる報告書に終わらせないためには，研究として取り組むことが大事だと言いました。その視点の一つは「研究のプロセスを踏む」ことです。そのためには文献検索をきちんとすることにつきます。山ほど結果が出ているようなテーマを苦労してやってもあまり意味はないです。そうならないために十分な文献検索が必要です。検索は遡って一応5年を一つの基準にする，或いは研究の課題や検索の量によっては10年遡ってもよろしいです。文献が沢山検索されれば，その課題は研究をしなくて，それらの先行研究の結果を活用すればよろしいことにもなります。あと，研究のプロセスの中で大事なことは，正しくデータを収集して正しく分析することです。論文や抄録で大事なところは研究方法と言われます。例えば，論文（抄録）は研究目的があって，研究方法，結果，考察，結論となっていますが，中でも第三者が研究方法を見てそのまま実践できるところまで書いてあるのがよい研究方法です。量的研究でも質的研究でも詳細にデータ収集や分析方法，使用尺度や統計処理法が記載されていれば，誰もが活用できるわけです。同様に的確な方法で収集・分析された結果は，事実を的確に表現することで，文献的な価値が規定されます。一方，考察は文献が活用され結果の解釈があり大事なところではあるけれども，研究者の看護観が挿入される部分でもありますから第三者からは他人の頭の中をそんなに詳しく知る必要はありません。そうしますと，抄録や論文では考察はだらだら書かなくていいということになります。

二つ目の視点は「研究課題は看護の視点からの問題提起である」ことです。看護の視点とは，看護の対象となる人間とその人間の生活を看る，援助するという視点からの問題提起であることです。実践者の場合はこの点問題はないようです。心配なことは，看護研究と看護そのものが混同されやすいことです。ケアの質の向上というゴールは同じですが，看護の目的は患者の安全・安楽・自立（律）を目指して看護過程を展開していきませんが，

看護研究は，看護事象をありのままに客観的・科学的に観察し，真理を明らかにしていくことを目的にします。看護実践の一部の事象に焦点を当てることになります。実践者がお書きになる研究目的は非常に大きいのですが，それが看護の目的になっているからだと思います。こういった意味では研究目的は本来目標レベルの書き方がよいのだと思います。明らかにしたいことを一つずつ目標として書いていただければいいのです。やりたいことが絞りきれないから，目的表記が大きくなるのだと思います。

私が提唱している実践的看護研究は，「実践者が毎日の実践の中から生じる疑問や問題を，実践の場で解決していく活動を通して，看護，業務の質の向上を図ることを目的とする活動」とし，問題解決型のアプローチを使用します。実践者が実践の場で実践の課題に対して取り組むことになり，当然課題は看護の視点になっているはず。数年前，タイから帰国して勤務した短大の実習病院で忙しいので何とかしたいと相談され，「では何とかしましょう」と言うことになり研究がスタートしました。なぜ忙しいのか，どこをどうすればよいのかを検討するには，現状の分析から始めなければなりません。

最初に第一の方法として計画書は書かずに行う方法の紹介をします。これは10数年前の事例ですが，業務を見直さないといけないと説明したら，早速病棟会で現状分析をしました。そのときにKJ法などを活用して分析するとよろしいでしょう。KJ法は一つのラベルに一つの要素だけ書き，類似項で島づくりしながらカテゴリー化していきます。問題の関連性がよく見えてきます。次に何故忙しいの，どこに問題があるのかといった問題の類別ができ，どこにてこ入れをしたら忙しさが少しでも整理できるかを検討しました。話は変わりますが，昨年臨床の方から忙しいので，研究をやっている時間がないと言われました。忙しくて日勤の業務の終わりが7時にも8時にもなるのです。ナースの人数が少ないからナースの人数を増やしていただければもっと楽になり，時間内に終わると思います，と言われました。私は解決策として看護師の人数を増やすこと難しいと考えを述べて，他にも問題があるのでと質問してみました。「ドクターが5時や6時にきてオーダー表を挟んでぼんと置いていく。準夜が薬局に行って調剤しなければならないので倍時間がかかる。」と言われました。そこで私は「では5時前に出し

てもらえばいいではないですか」と言う、「いや、オベがあって、回診があって難しいのです」。「医師に伝えましたか」、「いいえ」、「言えばいいでしょう。医師が全員オベするわけじゃないでしょう」とこんな問答です。回診や手術のために毎日の指示出しが5時過というのはおかしいと思いました。それでは病棟の患者ケアが後回しになってしまいます。「5時以降は受けません、明日のオーダーになります、と統一して関わったらいかがですか。」という私に看護師は「言えません」。

問題はどこにあるのか。これは人数を増やせば片付く問題でしょうか。これは看護部で一致団結して、医師とタイアップしてやっていけないといけない問題ではないですか。だからそこを研究したらどうですか。つまり、医師を教育しましょうよと。医師が本当に多忙でやれない部分についてはカバーする、でも、医師の自由裁量にいつも100パーセント任せているのは看護の専門性がないと同じです。このような問答の後、このグループはそれを研究で取り組みました。この問題は看護師の人数を増やすこととは関係ないのです。自分たちが自立性を発揮して、医師を教育して5時前にオーダーを出させればいいわけです。この忙しいと言ったときにどこに問題があるか、それは看護が介入して何とかなるはずの問題ですから、人を増やせ、給料増やせはだめなのです。実践的研究の第一の方法としては、このプロセスを研究の形式に従って文章にしていけばよろしいのですが、やはりどこに問題があるのを吟味することと、その問題に関する文献検索をすることは必要です。

次に第二の方法として、研究に慣れてきた方達に研究計画書を書くことを進める方法です。研究計画書を書くというプロセスを経て、実際にそれにしがって枠組みを作って、通常の研究のプロセスを経ていくのです。最初に第一の方法で卒業生が行った研究は、関東・甲信越地区の学会に発表して、元気づいて全国版に出せるような研究をずっと継続して行うようになりました。本当に研究の意義を理解しおもしろさがわかったのだと思います。看護研究の具体的なプロセスについての説明は省きますが、大事なこととして、山積みされた課題の中から、取り組まないといけない課題は何か、問題とは目標と現状のずれで解決を要することがからですから、これを研究課題にしていくことです。現状の状況でやれるはずの目標なのに、現状はやれていないこと、働きまわって走り回っているのに満足できていない現場。だからこそ患

者も看護師も満足できるような現状にしたい。それは目標に近づくことですね。次に文献検索が大切で、特に論文をクリティカルに読んでほしいと言うことです。クリティカルな読み方とは、先行研究の内容を正確に受け止め、理論の飛躍はないか、脱落はないか等、文献の価値を客観的に見極め、研究の強みと限界、成果の意味を理解できるように読むことです。そして、自分の研究課題の目的達成のために、どこがどのように活用可能か、自己の研究との関連性を確認するのです。研究の強みというのは、アカデミックとかオリジナリティで、新奇性があって研究として価値のあるもの、限界は今回の研究はここまで、例えばサンプル数の不足などです。論文には研究の限界が記載されていますからそこをきちんと読み取ることが大切です。その限界部分を自分の研究で取り組めば、新しい研究になる可能性もあります。

研究の枠組、概念枠について少し説明します。私は概念枠組についてこのように説明しています。皆さんはこの教卓を見ていらっしゃると思いますが、正面の方には長方形で見えています、こちらの方にはこの角が見えていますし、私は上から見えますから、同じ教卓でも見え方は異なるわけです。教卓という概念を説明するとして、形一つにしても見る角度によって異なって見えるのです。私の研究では教卓を上から見ます、と規定するのが研究の概念枠なのです。概念枠組みは研究の理論的背景や研究課題に対する研究者の考え方・視点であり、研究の範囲や方向性を示すものです。例えば、私はストレス・コーピングの研究を行っていますが、ストレス・コーピングを定義もしない、枠組みも示さないとしたら、ストレスについてみんなは自由にイメージしますよ。皆さんにストレスの定義を聞きますと、多数の答えが出てくるのではないのでしょうか。だからこそ、今回の研究での定義や取り扱う範囲・方向性を示す、これが概念枠組です。そうすると次は例えば教卓のこちらから、その次はこちらからと研究ができます。それを全部やることで仮にこの教卓というものが説明できるようになりますね。だから事例研究にしても質的研究にしても全く枠組みなしではやらないし、実験研究や調査研究は概念枠組みをしっかりと構築します。私たちは人間相手の看護業務に関連することを研究しますので、全く何の知識も学説も前例もないということはありませんから、研究の枠組は構築できます。次に簡単な枠組みを紹介します。この研究はがんの病名告知と、精神状

態・ストレス認知・日常生活対処行動の選択との関連性を明らかにしたいという目的で、概念枠組はラザルスの心理ストレス認知理論を背景にして構築しています。病名告知や精神状態、日常生活対処行動などは研究者の設定した変数です。

次に研究の設計図となるデザインを選択する場合の、最初の問いは何らかの介入・実験をするか否かです。Yes,であれば実験研究・準実験研究となりますし、No,であれば記述的或いは相関関係的なデザインになります。看護の場合は、前述したアロマセラピーのように、介入しますが、他の要因が全く入らない厳密なコントロール状況が作れるかと言ったら作れませんね。それが動物実験などで作れた医学は急速に発展できましたが、看護は人間を丸ごと対象にしますのではなかなか難しいです。現在は、看護介入の効果を判定するために、コントロール（比較群）、無作為のいずれか一つまたは二つを欠く準実験的研究が行われています。

あと大事なことは研究計画書を書くことでしたね。研究計画書というのは、研究の道しるべになりますので、これはしっかり書いてほしいと思います。どのような研究デザインや研究方法でも計画書は要ります。計画に沿って研究活動を行い、迷ったらまた計画書に戻るといいます。計画書に書くべき事項は2段構えで、導入部分として研究課題、目標、動機、背景（理論や概念枠組、先行研究紹介、研究の位置づけ、意義など）を書きます。次に研究方法について、研究デザイン、対象や具体的なデータ収集の方法、分析方法）、倫理的配慮、タイムスケジュール、その他必要な事項などを書きます。

最後になりますが、自分たちが行った研究の成果が看護実践に還元されているかを、どのようにして検証していくかと、また研究活動を継続的、かつ主体的に実践していくにはどうしたらいいかといった思いを大切に、それをどう表現していくかについての一つの方法を提示しました。基本的には、自分たちの行った研究の成果をエビデンスとして積み重ねていって、看護以外の人にも理解してもらうこと、そして資金を獲得していくこと、これは看護のよさをアピールすることになりますので大事です。そのためには一人一人のスタッフが、看護研究の実践能力を身につけていかねばなりませんし、その支援体制は看護管理者が中心になって作っていかないといけないでしょう。

そして、看護や看護研究への主体的な取り組みを進めていくには、よく頑張ったね、こうすればもっとよくなるよといった意味での講評や支援を逐次返していくこと、そのような組織文化として施設全体を巻き込んだ支援体制を構築していくことです。これらがスタッフのやる気につながるだろうと思っています。研究成果は当然看護実践に還元し、適宜評価しながら活用していくことが不可欠ですが、研究プロセスの最終段階は公表です。院内発表は公表ではありません。少なくとも自分の施設から外に出すことが公表と考えていますので、いろんな学会で発表することをお勧めします。学会に参加して、他の施設の人も頑張っていることの認識や、相互交流は各自の成長につながります。そして、形が整ったら論文として学会誌などに投稿する。そうなれば他の人たちが先行研究として活用することになります。自分たちの行った研究の成果を何らかの形で公表することは、これから続く人たちの教材になるという意識を持って頂けるとありがたいと思います。

実践的な看護研究については文献「看護実践者のための実践的看護研究の進め方」にシリーズで連載しています。本日省きました研究のプロセスとそれぞれの手法による研究の研究計画書の実例を紹介しておりますので、ご参照して頂けると幸いです。ありがとうございました。